



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO-DNUTL**

**FLÁVIA FABRINA SANTOS**

**COMPARAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE TRIAGEM E AVALIAÇÃO  
ANTROPOMÉTRICA NA DETECÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL EM  
PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**LAGARTO/SE**

**2018**

FLÁVIA FABRINA SANTOS

COMPARAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE TRIAGEM E AVALIAÇÃO  
ANTROPOMÉTRICA NA DETECÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL EM PACIENTES  
HOSPITALIZADOS

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso da Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Nutrição, sob orientação da professora Ticiane Clair Remacre Munareto Lima.

LAGARTO/SE

2018

## ARTIGO ORIGINAL

### COMPARAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE TRIAGEM E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA NA DETECÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Flávia Fabrina Santos, estudante de nutrição, [flaviafabrina@hotmail.com](mailto:flaviafabrina@hotmail.com), Univerisdade federal de Sergipe, Departamento de Nutrição, Lagarto, Sergipe, Brasil.

Ticiane Clair Remancire Munareto Lima, Professora Substituta, [ticiane.nutricionista@gmail.com](mailto:ticiane.nutricionista@gmail.com), Universidade Feral de Sergipe, Departamento de Nutrição, Lagarto, Sergipe, Brasil.

Trabalho desenvolvido no hospital Regional Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro, Lagarto, Sergipe, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A desnutrição é uma condição clínica decorrente de uma deficiência de um ou mais nutrientes essenciais e, um balanço energético e proteico negativo. Logo, é de extrema importância utilizar a triagem de risco nutricional que antecede à avaliação porque identifica indivíduos que necessitam precocemente de uma análise nutricional específica. Com isso, objetivou-se aplicar e comparar diferentes tipos de ferramentas de triagem nutricional com os indicadores antropométricos e verificar qual mais sensível na detecção do risco nutricional nos pacientes hospitalizados. **Método:** Estudo Transversal e quantitativo com seleção da amostra por conveniência e consecutiva; Foram coletados dados no Hospital Regional, em Lagarto-SE, durante o período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018. Foram estimados os dados de peso e altura e coletados a circunferência do braço e as triagens nutricionais (MUST, NRS-2002 e ASG) em pacientes admitidos em até 72 horas. **Resultados:** No estudo a maior predominância foi do sexo masculino, a média de idade foi de  $58,63 \pm 18,56$  anos. A circunferência do braço detectou maior percentual de risco nutricional (38%) (Figura 1), com isso foi escolhida para fazer a correlação dela com os instrumentos de triagem. Os resultados entre ASG e CB, tiveram correlação moderada, inversamente proporcional ( $r = - 0,512$ ) e significativa ( $p < 0,001$ ). Portanto quanto menor for a CB, maior o risco nutricional pela ASG. **Conclusão:** O estudo trouxe que a ASG em união com a medida da CB são métodos que quando aplicados detectam precocemente o risco nutricional, facilitando a rotina hospitalar e assim podendo ser aplicada uma intervenção nutricional específica no paciente.

**Palavras-chaves:** Instrumentos de triagem; Triagem nutricional; Desnutrição.

## ABSTRACT

**Introduction:** Malnutrition is a clinical condition due to a deficiency of one or more essential nutrients and a negative energy and protein balance. So, it's extremely important the early detection of malnutrition as well to use the nutritional risk screening that precedes the evaluation and allows the evaluation of individuals who need an early nutritional analysis. The aim of this study was to compare different types of nutritional screening tools with anthropometric measures and to verify which is more sensitive in the detection of nutritional risk by applying it on hospitalized patients. **Method:** Cross-sectional and quantitative study, sample selection for convenience and consecutive; evaluation of data collected at the Local Hospital, in Lagarto-SE, during the period from November-2017 to February-2018. The nutritional screening tools (MUST, NRS-2002 and ASG) were applied by a student and a resident nutritionist of the hospital. Weight, height and arm circumference were collected. **Results:** The results showed that the highest prevalence was male, mean age was  $58.63 \pm 18.56$  (> 20 years). The arm circumference (AC) showed a higher percentage of risk (38%, n = 54) (Figure 1), so it was chosen to correlate it with the screening instruments. And the NRS 2002, was the one that detected a lower nutritional risk (26%, n = 37). **Conclusion:** The study showed that the SGA in conjunction with AC are methods that, when applied, detect early nutritional risk, facilitating the hospital routine and thus, a specific nutritional intervention can be applied to the patient.

**Keywords:** Instruments of triage; Triage Nutrition; Malnutrition.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	7
MÉTODOS .....	9
RESULTADOS .....	11
DISCUSSÃO .....	14
CONCLUSÃO .....	16
REFERÊNCIAS .....	17
ANEXOS .....	19
APÊNDICE.....	30

## INTRODUÇÃO

A desnutrição é uma condição clínica decorrente de uma deficiência de um ou mais nutrientes essenciais e, um balanço energético e proteico negativo<sup>1</sup>. O risco de desnutrição a nível hospitalar é frequente, devido a patologia instalada, pelo tratamento recebido ou por complicações, podendo ser desenvolvida após ou antes o internamento<sup>2</sup>. Em hospitais brasileiros dados do IBRANUTRI revelam que esse diagnóstico acomete 48,1% dos internados (1999)<sup>3</sup>.

Segundo Correia (2006)<sup>4</sup>, a piora do estado nutricional em indivíduos previamente saudáveis resulta em numerosas alterações funcionais como apatia, letargia, alterações da capacidade intelectual, depressão, ansiedade, irritabilidade, além de perda de peso e diminuição das capacidades respiratórias, cardíacas e termo regulatórias. Além de alterar a função imunológica, comprometer a capacidade muscular e retardar a cicatrização de feridas. Tais complicações tem impacto negativo na saúde geral do paciente, contribuindo para o aumento da morbidade e mortalidade.

Uma das principais causas da desnutrição é o consumo alimentar inadequado ou insuficiente, em conjunto com alteração na absorção, que podem ser causados pela situação clínica do indivíduo. Além disso, procedimentos de investigação e tratamento podem ocasionar a necessidade de jejum prolongado na rotina hospitalar e alterações na composição e consistência da dieta. Intervenções inadequadas também podem acarretar a piora do estado nutricional durante a internação<sup>5</sup>.

Na rotina hospitalar muitas vezes o nutricionista clínico não possui tempo suficiente ou equipamentos adequados para a avaliação nutricional minuciosa em todos pacientes<sup>6</sup>. Necessários assim, ferramentas de triagem e avaliação nutricional que auxiliem de maneira rápida e precoce a detecção dos pacientes com risco de desnutrição, permitindo, a partir daí identificar os indivíduos que necessitem de uma avaliação nutricional mais completa e a implementação de intervenções que auxiliem na melhora do estado nutricional<sup>7</sup>.

A triagem nutricional é realizada anterior a avaliação nutricional, realizada por inquérito simples ao paciente ou seus familiares com a finalidade de indicar o risco nutricional. Foram aplicados três métodos de triagem nutricional pelos nutricionistas do hospital até 72h da admissão: *Nutritional Risk Screening*– NRS (2002), MUST e Avaliação Subjetiva Global (ASG).

O NRS (2002) tem como objetivo detectar, a presença de risco nutricional ou desnutrição em pacientes hospitalares, consiste de uma ferramenta de avaliação nutricional que inclui pacientes internados em tratamento clínico que leva em consideração a gravidade da doença e a idade do paciente. A ASG é um instrumento de triagem simples, prático, de fácil aplicação, de baixo custo, não invasivo, de boa reprodutibilidade e confiabilidade, foi desenvolvido por Detsky et al. (1987)<sup>9</sup>. O MUST, segundo a ASBRAN<sup>10</sup>, O é aplicado a adultos, idosos, lactantes e gestantes, principalmente na comunidade, e também a pacientes ambulatoriais, clínicos ou hospitalizados.

Segundo Planas<sup>11</sup>, há evidências claras de que a triagem nutricional é uma ferramenta de rastreio adequada para identificar precocemente o risco de desnutrição. Ou traz benefícios como rápida recuperação, melhora do estado nutricional, minimiza as alterações metabólicas, auxiliando na melhora clínica e menor tempo de internação hospitalar.

Métodos específicos de triagem têm sido validados para pacientes hospitalizados, auxiliando na rotina hospitalar. Tendo em vista a diferença no resultado dos métodos de triagem e avaliação nutricional existentes na prática clínica, e que essas ferramentas são fundamentais para a detecção precoce do risco nutricional do paciente hospitalizado, o estudo tem como objetivo comparar as diferentes ferramentas de triagem e avaliação nutricional na detecção do risco nutricional em pacientes internados em um hospital público no município de Lagarto-SE.



## **MÉTODOS**

Estudo transversal e quantitativo, com amostragem por conveniência consecutiva, composta por pacientes internados, adultos e idosos, de ambos os sexos, atendidos no Hospital Regional Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro, situado em Lagarto-SE. A coleta ocorreu nas enfermarias cirúrgica, clínica médica e ala amarela, por possuírem nesses espaços, maior parte de pacientes com condições de realizar a pesquisa, orientados no tempo e espaço ou com acompanhantes aptos a responderem as perguntas. Os dados foram coletados no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018.

Foram aplicados em até 72 horas após a admissão hospitalar, no mesmo dia, para cada paciente, os instrumentos de triagem nutricional, Nutritional Risk Screening (NRS 2002) (Anexo I), Avaliação Subjetiva Global (ASG) (Anexo II) e Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (Anexo III). Todos aplicados no mesmo momento.

Foram excluídos os indivíduos que foram internados após 72 horas, os que estavam em cuidados paliativos, gestantes, crianças e adolescentes, pacientes sedados, sem condições de comunicação, com comprometimento do nível de consciência ou com membros amputados.

Para a avaliação dos dados sociodemográficos foi utilizado um questionário estruturado com base em pesquisas pré-existentis (VIGITEL 2015)<sup>12</sup> (Apêndice), e todos os dados foram auto referidos.

### **ANTROPOMETRIA E FERRAMENTAS UTILIZADAS**

Na avaliação antropométrica foram aferidas as medidas de Circunferência do Braço (CB), Circunferência da Panturrilha (CP) e Altura do Joelho (AJ), utilizadas para a estimativa de peso (kg) de acordo com as fórmulas de Chumlea (adulto e idoso)<sup>13</sup> e altura (m) de acordo com as fórmulas de Chumlea (adulto)<sup>14</sup> e (idoso)<sup>15</sup>.

Após a estimativa, o peso e a altura foram utilizadas para o cálculo do IMC (kg/m<sup>2</sup>) que foi classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde(OMS)<sup>16</sup> para adultos e para idosos a classificação ocorreu de acordo com o proposto por Lipschitz<sup>17</sup>. O percentual de adequação da CB foi realizado de acordo com a classificação de Frisancho<sup>18</sup> (Anexo IV) e a presença do risco nutricional foi considerado naqueles pacientes que tiveram % adequação da CB menor que 90%.

Para padronizar os resultados das três triagens, foi utilizado a classificação com base no estudo de Calazans et al. (2015)<sup>7</sup>, os dados foram analisados em dois grupos: com risco nutricional (equivalentes ao resultado de ASG B e C, pela NRS-2002  $\geq 3$  e MUST 1 e 2) ou sem risco nutricional (ASG= A, NRS 2002  $<3$  e MUST 0). Foi considerado pacientes com risco nutricional: adequação da CB  $<90\%$ , e o IMC para adultos com o  $< 18,5\text{kg/m}^2$  e para idosos IMC $<22,0\text{ kg/m}^2$ .

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel, versão 2016. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva, com os resultados expressos em frequência absoluta e relativa, medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão), para essa avaliação foi utilizado o teste de Mann Whitney. Para associação das medidas categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado. Considerou-se ferramenta mais adequada para a correlação aquela que diagnosticou o maior número de pacientes em risco nutricional. Utilizou-se o teste de Pearson para verificar a correlação entre antropometria e as ferramentas de triagem nutricional. Foi considerado correlação forte ( $r > 0,75$ ), moderada ( $r > 0,5$ ), fraca ( $r < 0,5$ ), nível de significância adotado de  $p < 0,05$ . Para a análise dos dados utilizou-se o programa do software SPSS versão 20.

Todos os entrevistados foram informados previamente sobre os objetivos do trabalho e tiveram a participação voluntária no estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe-UFS conforme Resolução nº 466/2012º, aprovado sob número do parecer 2.412.513.

## RESULTADOS

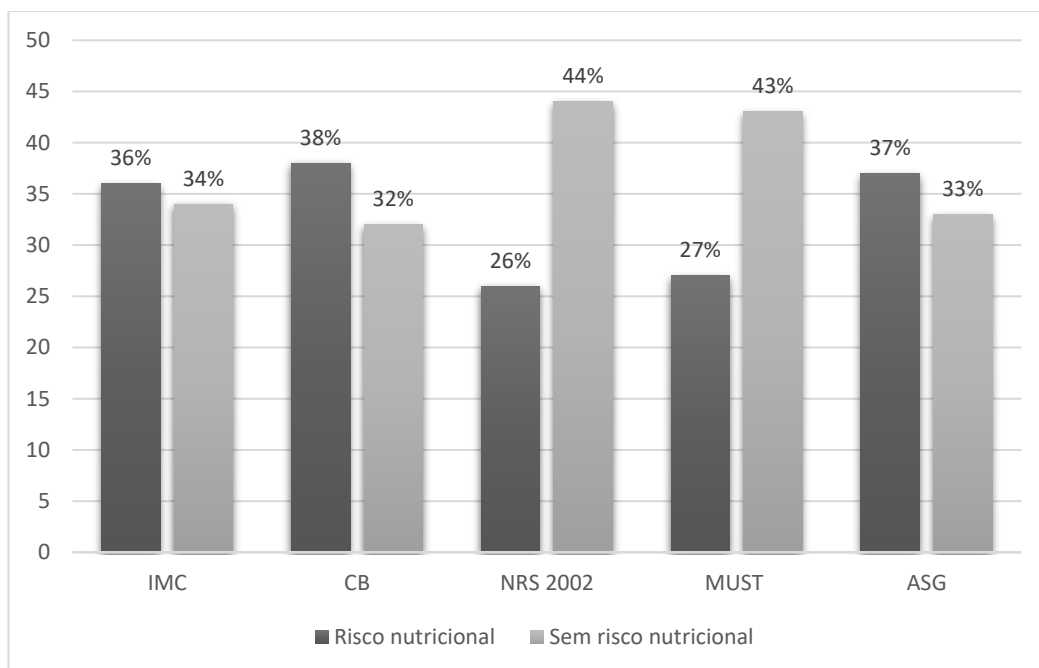
Foram avaliados 70 pacientes, dentre eles, 36 do sexo masculino (51,4%), e 34 do sexo feminino (48,6%). A amostra apresentou idade média de  $58,63 \pm 18,56$  anos.

Dados expostos na tabela 1, apresentam as características sociodemográficas dos pacientes avaliados. Pode-se observar que a maioria referiu etnia parda (52,9%), eram casados (51,4%), inativo/aposentado (50%), possuíam fundamental incompleto (81,4%) e com renda mensal de um salário mínimo (75,7%).

**Tabela1:** Características clínicas e socioeconômicas dos pacientes de um Hospital Público. Lagarto, SE, 2018.

<b>Variável</b>	<b>N (70)</b>	<b>% (100)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	36	51,4
Feminino	34	48,6
<b>Grupo etário</b>		
Adulto	34	51,4
Idoso	36	48,6
<b>Etnia</b>		
Branco	20	28,6
Pardo	37	52,9
Negro	13	18,6
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	20	28,6
Casado	36	51,4
Divorciado/Viúvo	14	20
<b>Ocupação</b>		
Ativo	32	45,7
Desempregado	3	4,3
Inativo/ Aposentado	35	50
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto/Fundamental incompleto	57	81,4
Fundamental completo	7	10,0
Médio completo	4	5,7
Superior	2	2,9
<b>Renda Mensal</b>		
Menos de 1 salário Mínimo	17	24,3
1 a 3 salários mínimos	53	75,7

Os resultados das triagens e da interpretação da CB e do IMC, mostraram que de todos os métodos avaliados a CB identificou maior percentual de risco nutricional (38%) e a NRS 2002, detectou menor risco nutricional (26%). Devido a esse resultado, a CB foi utilizada como parâmetro para a correlação com os instrumentos de triagem.



**Figura 1-** Prevalência do risco nutricional obtida através da aplicação das ferramentas de triagem. *Lagarto, SE, 2018.*

Ao comparar os resultados obtidos entre a aplicação das ferramentas de triagem e as medidas antropométricas, percebeu-se que a ASG foi o instrumento cujo o número de indivíduos em risco nutricional mais se aproximou dos valores de risco detectados pela CB. Os resultados entre ASG e CB, tiveram correlação moderada, inversamente proporcional ( $r = -0,512$ ) e significativa ( $p < 0,001$ ). Portanto quanto menor for a CB, maior o risco nutricional pela ASG. A correlação do MUST com a CB ( $r = -0,491$ ) e ( $p = <0,001$ ), e a NRS 2002 foi a que apresentou menor correlação com a CB ( $r = -0,476$ ) e ( $p = <0,001$ ), foram consideradas fracas, mas significativas.

Analisando a relação da triagem com a idade, a ASG detectou maior percentual de risco nutricional tanto em adultos (20,6%) quanto em idosos (69,4%), mostrando maior prevalência por apresentar diferença significativa, considerando o nível de significância  $p \leq 0,05$  (Tabela 2).

**Tabela 2:** Avaliação do percentual de risco nutricional conforme faixa etária dos pacientes internados em um hospital público. Lagarto, SE, 2018.

<b>Triagem nutricional</b>	<b>Adulto (n=34)</b>	<b>Idoso (n=36)</b>	<b>p valor</b>
ASG, n (%)	7 (20,6)	25 (69,4)	p<0,001*
NRS, n (%)	4 (11,8)	22 (61,1)	p<0,001*
MUST, n (%)	5 (14,7)	22 (61,1)	p<0,001*

\*Teste qui-quadrado; Nível de significância:  $p \leq 0,05$ . ASG: *Subjective Global Assessment* (Avaliação Subjetiva Global); NRS: *Nutritional Risk Screening* (Triagem para Risco Nutricional); MUST: *Malnutrition Universal Screening Tool* (Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição).

## DISCUSSÃO

A internação hospitalar traz vários riscos para o paciente, um deles é o risco nutricional pode aumentar o tempo de internação, o aparecimento de comorbidades, morbimortalidade, infecções oportunistas, dificuldade para cicatrização de feridas, complicações no pós-operatório<sup>19</sup>. Com base nisso, torna-se necessário a utilização de métodos que facilitem a rotina hospitalar, como as ferramentas de triagem nutricional que são de fácil aplicabilidade e de baixo custo, e auxiliam na detecção do risco nutricional.

NRS 2002, ASG e MUST, são métodos de triagem que foram desenvolvidos para diagnosticar e prevenir o desenvolvimento da desnutrição ou piora do estado nutricional. Além de identificar a necessidade de uma avaliação nutricional mais completa, a triagem nutricional possibilita a implementação da terapia nutricional precoce, a fim de prevenir o avanço da desnutrição nas instituições hospitalares<sup>20</sup>.

Kyle et al. (2005)<sup>21</sup> estudaram 995 indivíduos e observaram uma maior especificidade no protocolo de NRS para a detecção de risco nutricional, quando comparado ao MUST em período de internação superior a oito dias.

Segundo Lima e Silva (2017)<sup>2</sup>, a NRS-2002 inclui os componentes nutricionais do MUST, mas tem como diferencial a adição da idade do paciente à pontuação final da triagem, quando se trata de pacientes idosos, além de incluir diferentes perfis de pacientes presentes no âmbito hospitalar.

A ASG foi o instrumento de triagem que maior detectou risco nutricional, com diagnóstico de 37% dos pacientes hospitalizado. Um estudo realizado no hospital universitário de Vitória, ES, em 2015, com amostra de 60 pacientes, que dentre eles ASG detectou 23,3% com risco nutricional<sup>7</sup>.

Barbosa-Silva (2002)<sup>22</sup> traz que a ASG é uma ferramenta de triagem considerada como padrão-ouro para a avaliação de risco e diagnóstico nutricional. Por isso, ela é utilizada como padrão para a comparação entre as ferramentas de triagem nutricional devido a sua exatidão em identificar pacientes em risco nutricional. Porém, se faz necessária a combinação com outros métodos de avaliação nutricional.

Avaliação Subjetiva Global (ASG), proposta por Detsky et al em 1987<sup>9</sup>, foi criada para reconhecer pacientes cirúrgicos em risco nutricional e para a avaliação nutricional em diferentes patologias<sup>23</sup>. É um questionário-padrão que investiga aspectos da história clínica e do exame físico. Além disso é um instrumento simples, de baixo custo e de grande aceitação na prática clínica ou facilita a rotina hospitalar. Permite a avaliação nutricional de pacientes adultos e idosos<sup>24</sup>. O estudo em questão correlacionou a ASG com CB, por essa apresentar maior percentual de risco nutricional dos pacientes avaliados.

A CB, por ser um indicador de desnutrição, foi possível perceber que a CB apresentou maior de risco nutricional, além de ser a medida mais adequada para estimar a massa muscular em hospitalizados<sup>6</sup>, não exige equipamentos caros, nem deambulação dos pacientes, é eficiente para pacientes acamados, seu uso não requer cálculos e prevê o tempo de internação hospitalar<sup>25</sup>. Sánchez et al.<sup>26</sup> trazem que na literatura é relatada, que o IMC não reflete

eficientemente o real estado nutricional. Foi observado nesse estudo que o IMC detectou risco nutricional com valores aproximados da ASG e da CB.

A ASG é prática e de fácil aplicação e considera fatores indispensáveis à determinação do risco nutricional em pacientes hospitalizados, pode-se notar que sua utilização pode detectar precocemente o risco nutricional e assim permitir estabelecer a necessidade de uma avaliação nutricional mais completa e frequente, e consequentemente intervenção nutricional<sup>27</sup>.

Dessa forma, foi possível observar, que a ASG se mostrou mais sensível em detectar risco nutricional em indivíduos hospitalizados, internados em até 72 horas, valor semelhante aos 38% do diagnóstico apresentado pela CB, que também avalia o risco nutricional.

## **CONCLUSÃO**

A ASG, foi o método de triagem nutricional que detectou maior percentual de risco nutricional, semelhante ao valor da CB medida que realiza mais diagnóstico de risco.

Portanto, o estudo nos trouxe que a ASG em união com a CB são métodos que quando aplicados detectam precocemente o risco nutricional, facilitando a rotina hospitalar e assim podendo ser aplicada uma intervenção nutricional específica no paciente.



## REFERÊNCIAS

1. Mahan, LK. *Krause's food, nutrition, & diet therapy*. Ed. Sylvia Escott-Stump. Vol. 11. Philadelphia: Saunders, 2004.
2. Lima, GES, and Bruna YCS. Ferramentas de triagem nutricional: um estudo comparativo. *Braspen J* 32.1 (2017): 20-24.
3. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI). *Rev Bras Nutr Clin*. 1999;14:123-33.
4. Correia, M. Isabel Toulson Davisson. Prof. Titular de Cirurgia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
5. de Aquino RC, Philippi ST. Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados. *Revista da Associação Médica Brasileira* 57.6 (2011): 637-643..
6. Silva HGV, Santos SO, Silva NO, Ribeiro FD, Josua LL, Moreira ASB. Circunferência do braço: bom preditor de tempo de internação hospitalar. *Ceres: Nutr Saúde*. 2011;6(2):95-104.
7. Calazans, FDCF., Guandalini, VR, Petarli GB, de Moraes, RAG, Cuzzuol JT, Cruz, RP. Triagem nutricional em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário de Vitória, ES, Brasil. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 2015; 35(3), 34-41,.
8. SBNPE, ABN. Projeto Diretrizes. Triagem e Avaliação do Estado Nutricional, 2011.
9. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. *What is subjective global assessment of nutritional status*. *JPEN* 1987; 11:8-14 .
10. Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição / [organizado pela] Associação Brasileira de Nutrição ; organizadora: Marcia Samia Pinheiro Fidelix. – São Paulo : Associação Brasileira de Nutrição, 2014.
11. Planas, M, Fernández-Ortega, JF, Abilés, J. Guidelines for specialized nutritional and metabolic support in the critically-ill patient. Update. Consensus SEMICYUC-SENPE: Oncohematological patient. *Nutricion hospitalaria*, 2011; 26(2).
12. Brasil. "Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015." (2016).
13. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc*, 1988; 88:564-8.
14. Chumlea, WM., Shumei SG. Bioelectrical impedance and body composition: present status and future directions. *Nutrition Reviews* 52.4 (1994): 123-131.
- 15.
16. World Health Organization (WHO). *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization; 1995.
17. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
18. Frisancho AR. *Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status*. Ann Arbor: The University of Michigan Press; 1990. 189 p.
19. Silva CC, Zambon MP, Vasques ACJ, Rodrigues AMB, Camilo DF, Antônio MARGM, *et al*. Neck circumference as a new anthropometric indicator for prediction of insulin resistance and components of metabolic syndrome in adolescents: Brazilian Metabolic Syndrome Study. *Rev Paul Pediatr*. 2014; 32(2):221-9. doi: 10.1590/0103-0582201432210713.
20. Beghetto MG, Manna B, Candal A, Mello ED, Polanczyk CA. Avaliação nutricional em adultos hospitalizados. *Rev de Nutr*, 2008;21(5):589-601.

21. Kyle UG, Genton L, Pichard C. Hospital length of stay and nutritional status. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2005;8(4):397-402.
22. Barbosa Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva: parte 2- revisão de suas adaptações e utilizações nas diversas especialidades clínicas. *Arq Gastroenterol*, 2002; 39(4):248-352.
23. Guedes AB, Gama CR, Tiussi AR. *Avaliação nutricional subjetiva do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN®)*. *Com. Ciências Saúde* 2008; 19(4):375-384.
24. Huhmann MB, Cunningham RS. Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. *Lancet Oncol*. 2005;6(5):334-43.
25. Enia G, Sicuso C, Alati G, Zoccali C. Subjective global assessment of nutrition in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 1993;8(10):1094-8.
26. Sánchez LAM, Moreno THR, Pérez de la Cruz AJ, Orduña ER, Medina T, López MC. Prevalencia de desnutrición em pacientes ingresados em un hospital de rehabilitación y traumatología. *Nutr Hosp*. 2005;20(2):121-30.
27. Silva BL, Moreira APB. Avaliação nutricional de pacientes internados em um hospital de urgência e emergência de Juiz de Fora. 2015

## ANEXOS

## ANEXO I: NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS 2002)

	Sim	Não
1. IMC < 20,5 Kg/m <sup>2</sup> ?		
2. Perda de peso nos últimos 3 meses?		
3. Redução da ingestão na última semana?		
4. Saúde gravemente comprometida?		

## TRIAGEM FINAL

Pontuação		Estado Nutricional		Pontuação		Gravidade da Doença	
1 Leve		( ) Perda de peso > 5% em 3 meses. ( ) 50 a 75 % das necessidades energéticas.		1 Leve		( ) Complicações Agudas de Doenças Crônicas ( ) DPOC ( ) HD (hemodiálise) ( ) Câncer	
2 Moderada		( ) Perda de peso > 5% em 2 meses. ( ) IMC 18,5 – 20,5 Kg/m <sup>2</sup> ( ) 25 a 50% das necessidades energéticas		2 Moderada		( ) AVC ( ) BCP Severa ( ) Cirurgia no TGI ou abdominais ( ) Infecções Graves	
3 Grave		( ) Perda de peso > 5% em 1 mês ( ) perda de peso > 15% em 3 meses ( ) IMC < 18,5 Kg/m <sup>2</sup> ( ) < 25% das necessidades energéticas		3 Grave		( ) Neurocirurgia ( ) TMO ( ) UTI (Apache >10)	
Estado Nutricional		Gravidade da Doença		Idade > 70 anos (Acréscimo 1 ponto)		Total	
Valor							

Fonte: KONDRUP e col. (2003).

## ANEXO II: AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL (ASG)

### Avaliação subjetiva global do estado nutricional

(Selecione a categoria apropriada com um X ou entre com valor numérico onde indicado por '#')

#### A. História

##### 1. Alteração no peso

Perda total nos últimos 6 meses: total = # \_\_\_\_\_ kg; % perda = # \_\_\_\_\_

Alteração nas últimas duas semanas: \_\_\_\_\_ aumento \_\_\_\_\_ sem alteração \_\_\_\_\_ diminuição.

##### 2. Alteração na ingestão alimentar

\_\_\_\_\_ sem alteração

\_\_\_\_\_ alterada \_\_\_\_\_ duração = # \_\_\_\_\_ semanas.

\_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_ dieta sólida sub-ótima \_\_\_\_\_ dieta líquida completa \_\_\_\_\_ líquidos hipocalóricos \_\_\_\_\_ inanição.

##### 3. Sintomas gastrintestinais (que persistam por > 2 semanas)

\_\_\_\_\_ nenhum \_\_\_\_\_ náusea \_\_\_\_\_ vômitos \_\_\_\_\_ diarreia \_\_\_\_\_ anorexia.

##### 4. Capacidade funcional

\_\_\_\_\_ sem disfunção (capacidade completa)

\_\_\_\_\_ disfunção \_\_\_\_\_ duração = # \_\_\_\_\_ semanas.

\_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_ trabalho sub-ótimo \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_ acamado.

##### 5. Doença e sua relação com necessidades nutricionais

Diagnóstico \_\_\_\_\_ primário

(especificar) \_\_\_\_\_

Demanda metabólica (stress): \_\_\_\_\_ sem stress \_\_\_\_\_ baixo stress \_\_\_\_\_ stress moderado \_\_\_\_\_ stress elevado.

#### B. Exame Físico (para cada categoria, especificar: 0 = normal, 1+ = leve, 2+ = moderada, 3+ = grave).

# \_\_\_\_\_ perda de gordura subcutânea (tríceps, tórax)

# \_\_\_\_\_ perda muscular (quadríceps, deltóide)

# \_\_\_\_\_ edema tornozelo

# \_\_\_\_\_ edema sacral

# \_\_\_\_\_ ascite

#### C. Avaliação subjetiva global (selecione uma)

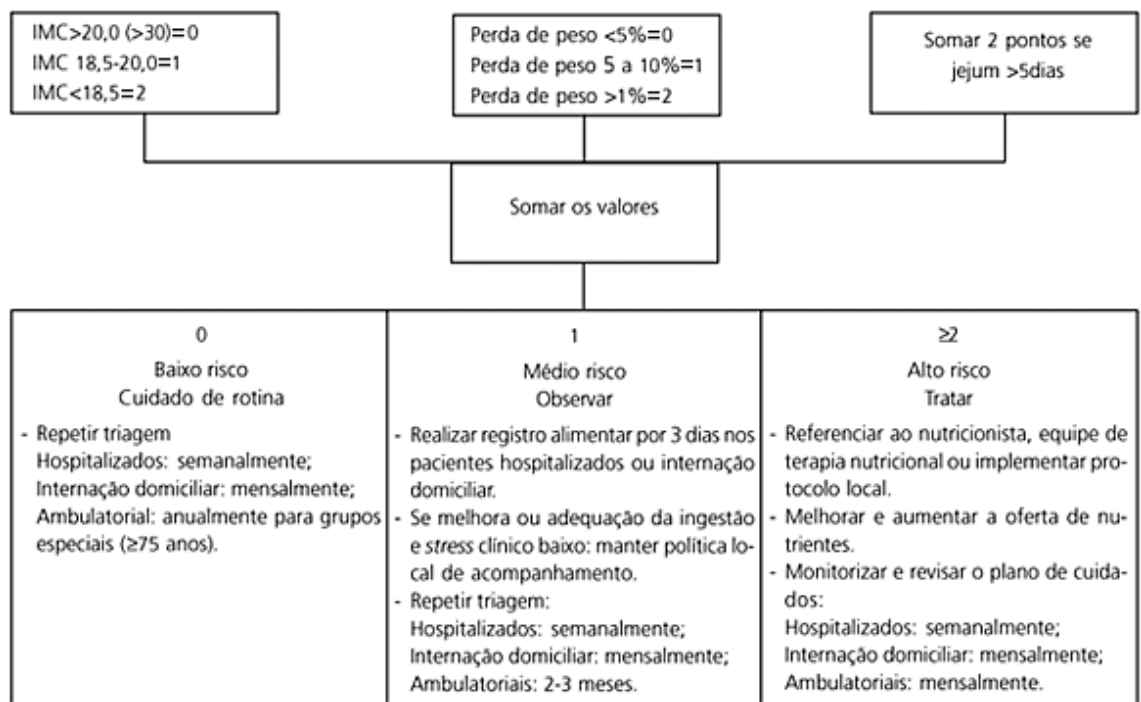
\_\_\_\_\_ A = bem nutrido

\_\_\_\_\_ B = moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido

\_\_\_\_\_ C = gravemente desnutrido

FIGURA 1 – Avaliação subjetiva global segundo DETSKY et al.<sup>(18)</sup>

## ANEXO III: MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)



## ANEXO IV: PERCENTIL DA CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO (CB)

Idade (anos)	Percentil							
	5	10	15	25	50	75	85	95
Homens								
1,0 - 1,9	14,2	14,7	14,9	15,2	16,0	16,9	17,4	18,2
2,0 - 2,9	14,3	14,8	15,5	16,3	17,1	17,9	18,6	18,6
3,0 - 3,9	15,0	15,3	15,5	16,0	16,8	17,6	18,1	19,0
4,0 - 3,9	15,1	15,5	15,8	16,2	17,1	18,0	18,5	19,3
5,0 - 5,9	15,5	16,0	16,1	16,6	17,5	18,5	19,1	20,5
6,0 - 6,9	15,8	16,1	16,5	17,0	18,0	19,1	19,8	22,8
7,0 - 7,9	16,1	16,8	17,0	17,6	18,7	20,0	21,0	22,9
8,0 - 8,9	16,5	17,2	17,5	18,1	19,2	20,5	21,6	24,0
9,0 - 9,9	17,5	18,0	18,4	19,0	20,1	21,8	23,2	26,0
10,0 - 10,9	18,1	18,6	19,1	19,7	21,1	23,1	24,8	27,9
11,0 - 11,9	18,5	19,3	19,8	20,6	22,1	24,5	26,1	29,4
12,0 - 12,9	19,3	20,1	20,7	21,5	23,1	25,4	27,1	30,3
13,0 - 13,9	20,0	20,8	21,6	22,5	24,5	26,6	28,2	30,8
14,0 - 14,9	21,6	22,5	23,2	23,8	25,7	28,1	29,1	32,3
15,0 - 15,9	22,5	23,4	24,0	25,1	27,2	29,0	30,2	32,7
16,0 - 16,9	24,1	25,0	25,7	26,7	28,3	30,6	32,1	34,7
17,0 - 17,9	24,3	25,1	25,9	26,8	28,6	30,8	32,2	34,7
18,0 - 24,9	26,0	27,1	27,7	28,7	30,7	33,0	34,4	37,2
25,0 - 29,9	27,0	28,0	28,7	29,8	31,8	34,2	35,5	38,3
30,0 - 34,9	27,7	28,7	29,3	30,5	32,5	34,9	35,9	38,2
35,0 - 39,9	27,4	28,6	29,5	30,7	32,9	35,1	36,2	38,2
40,0 - 44,9	27,8	28,9	29,7	31,0	32,8	34,9	36,1	38,1
45,0 - 49,9	27,2	28,6	29,4	30,6	32,6	34,9	36,1	38,2
50,0 - 54,9	27,1	28,3	29,1	30,2	32,3	34,5	35,8	38,3
55,0 - 59,9	26,8	28,1	29,2	30,4	32,3	34,3	35,5	37,8
60,0 - 64,9	26,6	27,8	28,6	29,7	32,0	34,0	35,1	37,5
65,0 - 69,9	25,4	26,7	27,7	29,0	31,1	33,2	34,5	36,6
70,0 - 74,9	25,1	26,2	27,1	28,5	30,7	32,6	33,7	36,0

Mulheres								
1,0 - 1,9	13,6	14,1	14,4	14,8	15,7	16,4	17,0	17,8
2,0 - 2,9	14,2	14,6	15,0	15,4	16,1	17,0	17,4	18,5
3,0 - 3,9	14,4	15,0	15,2	15,7	16,6	17,4	18,0	19,0
4,0 - 4,9	14,8	15,3	15,7	16,1	17,0	18,0	18,5	19,5
5,0 - 5,9	15,2	15,7	16,1	16,5	17,5	18,5	19,4	21,0
6,0 - 6,9	15,7	16,2	16,5	17,0	17,8	19,0	19,9	20,5
7,0 - 7,0	16,4	16,7	17,0	17,5	18,6	20,1	20,9	21,6
8,0 - 8,9	16,7	17,2	17,6	18,2	19,5	21,2	22,2	23,2
9,0 - 9,9	17,6	18,1	18,6	19,1	20,6	22,2	23,8	25,0
10,0 - 10,9	17,8	18,4	18,9	19,5	21,2	23,4	25,0	26,1
11,0 - 11,9	18,8	19,6	20,0	20,6	22,2	25,1	26,5	27,9
12,0 - 12,9	19,2	20,0	20,5	21,5	23,7	25,8	27,6	28,3
13,0 - 13,9	20,1	21,0	21,5	22,5	24,3	26,7	28,3	30,1
14,0 - 14,9	21,2	21,8	22,5	23,5	25,1	27,4	29,5	30,9
15,0 - 15,9	21,6	22,2	22,9	23,5	25,2	27,7	28,8	30,0
16,0 - 16,9	22,3	23,2	23,5	24,4	26,1	28,5	29,9	31,6
17,0 - 17,9	22,0	23,1	23,6	24,5	26,6	29,0	30,7	32,8
18,0 - 24,9	22,4	23,3	24,0	24,8	26,8	29,2	31,2	32,4
25,0 - 29,9	23,1	24,0	24,5	25,5	27,6	30,6	32,5	34,3
30,0 - 34,9	23,8	24,7	25,4	26,4	28,6	32,0	34,1	36,0
35,0 - 39,9	24,1	25,2	25,8	26,8	29,4	32,6	35,0	36,8
40,0 - 44,9	24,3	25,4	26,2	27,2	29,7	33,2	35,5	37,2
45,0 - 49,9	24,2	25,5	26,3	27,4	30,1	33,5	35,6	37,2
50,0 - 54,9	24,8	26,0	26,8	28,0	30,6	33,8	35,9	37,5
55,0 - 59,9	24,8	26,1	27,0	28,2	30,9	34,3	36,7	38,0
60,0 - 64,9	25,0	26,1	27,1	28,4	30,8	33,4	35,7	36,5
65,0 - 69,9	24,3	25,7	26,7	28,0	30,5	33,4	35,2	36,5
70,0 - 74,9	23,8	25,3	26,3	27,6	30,3	33,1	34,7	35,8

Fonte: Frisancho, A R. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. University of Michigan, 1990. 189 p.

## ANEXO V- NORMAS DE SUBMISSÃO

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos podem ser submetidos pelo site do BRASPEN.

O sistema de submissão utilizado pelo BRASPEN Journal é o OJS. O tutorial para submissão de manuscritos encontra-se no tópico deste site em “Tutorial de submissão de artigos científicos”.

#### Critérios de autoria e contribuição individual

Sugerimos os autores a adotar os critérios de autoria dos artigos, de acordo com as recomendações do *International Committee of Medical Journal Editors*. Dessa forma, apenas as pessoas que contribuíram diretamente para o conteúdo do estudo devem ser listadas como autores.

Os autores devem satisfazer os seguintes critérios, a fim de ser capaz de assumir a responsabilidade pública pelo conteúdo do estudo:

- ter concebido e planejado as atividades que levaram ao estudo ou interpretados os dados que ela apresenta, ou ambos;
- ter escrito o estudo ou revisado versões sucessivas e participou no processo de revisão;
- ter aprovado a versão final.

As pessoas que não preencham os requisitos acima e que tiveram participação puramente técnica ou de suporte geral devem ser mencionadas na seção de agradecimentos.

Na submissão, o tipo de contribuição de cada autor ao realizar o estudo e preparação do manuscrito nas seguintes áreas deve ser explicitado:

- Design de estudo
- Coleta, análise e interpretação de dados
- Elaboração e revisão final do manuscrito

## **Estrutura do Artigo**

O BRASPEN JOURNAL adota os Requisitos de Vancouver – *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, organizados pelo *International Committee of Medical Journal Editors* – “*Vancouver Group*”, disponíveis em [www.icmje.org](http://www.icmje.org). A obediência às instruções é condição obrigatória para que o trabalho seja considerado para análise.

a) *Página de Rosto*

b) *Resumo e Abstract e Palavras-chaves (unitermos, keywords) em Português e Inglês*

c) *Manuscrito*

d) *Referências*

e) *Tabelas e Figuras*

f) *Lista para conferência (Check-List)*

### **1. Página de Rosto**

Deve assinalar o título do artigo, que não deve ultrapassar 200 caracteres.

Devem ser informados nome completo dos autores com respectivas titulações, e-mail e serviço ao qual estão vinculados (até três níveis hierárquicos institucionais e apresentado em ordem decrescente, por exemplo, universidade, faculdade e departamento), cidade, estado e país em que está localizada. Quando um autor é afiliado a mais de uma instituição, cada afiliação deve ser identificada separadamente. Quando dois ou mais autores estão afiliados à mesma instituição, a identificação da instância é feita uma única vez. Informar o nome e endereço completo do autor correspondente (não esquecer telefone, celular e fax).

Deve ser informada a instituição em que o trabalho foi desenvolvido. As afiliações não devem vir acompanhadas das titulações ou minicurrículos dos autores.

Caso o trabalho tenha sido apresentado em eventos científicos, como congresso ou simpósios, devem ser mencionados: nome do evento, local e data da apresentação.

Acrescentar contagem de palavras do Resumo, e do Manuscrito, bem como número de Tabelas, Figuras e Anexos.

### **2. Resumo e Palavras-chaves**

Os resumos devem ser estruturados (Introdução, Método, Resultados e Conclusões) e não devem exceder a 300 palavras.

Nesta mesma página, devem ser incluídos 3 a 10 unitermos (palavras-chaves) que definam o assunto do trabalho, assim com a respectiva tradução para o inglês (*abstract and keywords*). Esses unitermos podem ser consultados nos endereços eletrônicos: <http://decs.bvs.br/> que contém termos em português, espanhol ou inglês, ou [www.nlm.nih.gov/mesh](http://www.nlm.nih.gov/mesh), para termos somente em inglês.

### **3. Formatação**



Os trabalhos devem ser apresentados em Microsoft Word (.doc / .docx). Utilizar letra tamanho 12 e fontes: Times, Times New Roman, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais. Por favor, use espaçamento simples em todo o texto e adicionar numeração de linha em todas as páginas. Padrão Tipo 10 e 12 pontos e espaçamento são preferidos ao espaçamento proporcional.

#### 4. Manuscrito

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol, obedecendo à ortografia vigente, empregando linguagem fácil e precisa e evitando-se a informalidade da linguagem coloquial. Só serão aceitos artigos originais, de revisão sistemática ou de revisão a convite do corpo editorial.

Os manuscritos devem ser divididos em Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão (Artigos Originais).

Os manuscritos não poderão exceder a 5.000 palavras (Artigos Originais) e 7.500 palavras (Artigos de Revisão Sistemática) no total, incluindo Referências.

É mandatória a inserção do item Conflito de Interesse imediatamente antes das Referências.

O número de referências não deve superior a 25 para Artigos Originais e 50 para Revisão Sistemática.

Agradecimentos sucintos são opcionais, entretanto, a indicação de financiamento da pesquisa, o nome da agência financiadora e o número do processo são requeridos.

Recomenda-se aos autores que, previamente à submissão de seu manuscrito, utilizem o *check list* correspondente à categoria de artigo:

- CONSORT (CONsolidated Standards of Reporting Trials) *check list* e fluxograma para ensaios controlados e randomizados, disponível em <http://www.consort-statement.org/>
- STARD (Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy) *check list* e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica, disponível em: <http://www.stard-statement.org/>
- PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) *check list* e fluxograma para revisões sistemáticas, disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>
- STROBE *check list* para estudos observacionais em epidemiologia, disponível em: <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>

#### 5. Referências

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver, elaborado pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, disponível em: <http://www.icmje.org>

Títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed for MEDLINE (disponível em: <http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>).

As referências serão limitadas a 25 (Artigos Originais) e 50 (Artigos de Revisão Sistemática). Com esses números reduzidos, cabe restringir ao máximo introduções históricas, metodologias pormenorizadas, discussões com revisão da literatura e citações repetitivas. Os autores devem se concentrar nos achados centrais do protocolo e na sua comparação com a literatura recente, preferencialmente dos últimos 3-5 anos.

As citações bibliográficas, no texto, devem ser sobrescritas e numeradas na ordem em que são citadas.

Caso haja até 6 autores, devem todos ser listados, sendo que para maior número, os primeiros 6 seguidos de et al. devem ser utilizados. Salvo circunstâncias excepcionais, não será admitida citação de resumo, comunicação pessoal, literatura comercial ou outras fontes que não revistas e livros científicos, bem como artigos e portais eletrônicos reconhecidos.

Nas citações de pesquisadores ao longo do texto, deve-se citar o primeiro autor, seguido da expressão “et al.” ou o autor único se for o caso, sempre com a respectiva referência em sobrescrito.

Reproduzimos abaixo alguns exemplos mais comuns de referências empregadas nos artigos. Outros modelos podem ser acessados no site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

### ***Modelos de referências***

#### **– Artigo padrão**

Burjonrappa SC, Miller M. Role of trace elements in parenteral nutrition support of the surgical neonate. *J Pediatr Surg.* 2012;47(4):760-71.

#### **– Artigo com mais de 6 autores**

Moriya T, Fukatsu K, Maeshima Y, Ikezawa F, Hashiguchi Y, Saitoh D, et al. The effect of adding fish oil to parenteral nutrition on hepatic mononuclear cell function and survival after intraportal bacterial challenge in mice. *Surgery.* 2012;151(5):745-55.

#### **– Artigo cujo autor é uma organização**

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

#### **– Livro padrão**

Braunwald E, Zipes DP, Libby P, Bonow R. A textbook of cardiovascular medicine. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008.

#### **– Capítulo de livro**

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p.93-113.

#### **– Website**

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Mortalidade para causas selecionadas – 2006 [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2010 jul. 16]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

Para outros exemplos de referências, acesse o site: [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

## 6. Tabelas e Figuras

Todas as figuras e tabelas devem ser inseridas no texto, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, seguindo sua ordem de citação. Estas devem estar no mesmo arquivo do texto, não em arquivos anexos separados.

As tabelas devem ser apresentadas apenas quando necessárias para a efetiva compreensão do trabalho, não contendo informações redundantes já citadas no texto.

O corpo do texto deve trazer a indicação de onde as tabelas e figuras deverão ser inseridas.

As figuras e tabelas devem vir acompanhadas de suas respectivas legendas. Os símbolos e abreviações empregados devem ser explicados na primeira vez em que utilizados, tanto no texto quanto nas tabelas.

Tabelas e figuras devem ser autoexplicativas, não sendo necessário ao leitor retornar ao texto para seu completo entendimento.

## 7. Lista para Conferência (*check list*)

É indispensável a submissão da Lista de Conferência (*check list*) juntamente com o manuscrito, contendo todos os itens aplicáveis devidamente assinalados. A mesma precisará ser escaneada após o preenchimento. Os itens do *check list* são listados abaixo:

- a) Contagem de palavras: Resumo;
- b) Contagem de palavras: Manuscrito;
- c) Número de Tabelas e Figuras;
- d) Número de Anexos;
- e) Nome, titulação, serviço e e-mail atualizado dos autores;
- f) Nome e endereço completo do autor correspondente;
- g) Declaração de Conflito de Interesse;
- h) Termo de Cessão de Direitos Autorais assinado por todos os autores;
- i) Aprovação ética informada no texto;

- j) Cópia da aprovação do estudo pela Comissão de Ética;
- k) Permissão para publicação de fotos e tabelas e outros materiais, quando aplicável;
- l) Título, resumo estruturado e unitermos em inglês, independente do idioma do manuscrito;
- m) Manuscrito estruturado com páginas e linhas numeradas;
- n) Referências formatadas corretamente, e excluindo resumos e comunicações não convencionais;
- o) Legendas das figuras inseridas após a seção Referências, com prévia indicação do local de inserção no texto;
- p) Tabelas inseridas ao final, sempre numeradas e com título, com prévia indicação do local de inserção no texto;
- q) Figuras numeradas e submetidas uma a uma.

## **POLÍTICA EDITORIAL**

### **Avaliação pelos pares (*peer review*)**

Previamente à publicação, todos os artigos enviados ao BRASPEN JOURNAL passam por processo de revisão e arbitragem, como forma de garantir seu padrão de qualidade e a isenção na seleção dos trabalhos a serem publicados. Inicialmente, o artigo é avaliado pela secretaria, para verificar se está de acordo com as normas de publicação e completo. Após verificação estrutural inicial, será acusado o recebimento por e-mail com a devida numeração, iniciando-se o processamento editorial. Todos os trabalhos são submetidos à avaliação pelos pares (*peer review*) por pelo menos dois revisores selecionados dentre os membros do Conselho Editorial. A aceitação é baseada na originalidade, significância e contribuição científica. Os revisores preenchem um formulário, no qual fazem uma apreciação rigorosa de todos os itens que compõem o trabalho. Ao final, farão comentários gerais sobre o trabalho e opinarão se o mesmo deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações. De posse desses dados, o editor toma a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os avaliadores, pode ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento.

Quando são sugeridas modificações pelos revisores, as mesmas são encaminhadas ao autor principal e, a nova versão encaminhada aos revisores para verificação se as sugestões/exigências foram atendidas. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste da relação do Conselho Editorial para fazer a avaliação. Todo esse processo é realizado por sistema de submissão online.

O sistema de avaliação é o duplo cego, garantindo o anonimato em todo processo de avaliação. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento. As datas do recebimento e da aprovação do artigo para publicação são informadas no artigo publicado com o intuito de respeitar os interesses de prioridade dos autores. Assim que uma decisão de Aceitação, Revisão ou Rejeição for alcançada, o autor correspondente será informado eletronicamente.

O BRASPEN JOURNAL sugere aos seus revisores que sigam as diretrizes propostas pelo COPE Ethical Guidelines for Peer Reviewers, disponível em: [http://publicationethics.org/files/Ethical\\_guidelines\\_for\\_peer\\_reviewers\\_0.pdf](http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf)

### **Direitos Autorais e Responsabilidade pelo Conteúdo do Artigo**

O texto dos trabalhos é de inteira responsabilidade dos autores que o assinam. Assim, ao enviar uma submissão, esta deverá vir acompanhada de uma autorização para a publicação do trabalho e cessão de direitos autorais para o BRASPEN JOURNAL, constando local, data e assinatura original de todos os autores. No texto deve constar que todo conteúdo, incluindo gráficos e figuras, é próprio ou devidamente autorizado conforme documentação anexa, sendo que os autores se responsabilizam pela veracidade das informações. Caso um ou mais autores possua conflito de interesse, seu nome, da empresa e a natureza do vínculo ou benefício deverão ser informados. Na hipótese contrária, deverá ser esclarecido que nenhum dos autores possui conflito de interesse. É proibida a inserção de qualquer texto, figura ou esquema obtidos da internet, salvo aqueles acompanhados de permissão escrita, ou mediante comprovação de que se trata de portal de livre acesso. Fica ressalvada a citação de artigos ou portais eletrônicos científicos, devidamente referenciados na seção Referências.

Todos os manuscritos publicados tornam-se propriedade permanente do BRASPEN JOURNAL e não podem ser publicados sem o consentimento por escrito de seu editor.

Os trabalhos submetidos ao BRASPEN JOURNAL não devem estar sendo simultaneamente submetidos a outro periódico e nem devem ter sido publicados anteriormente, com conteúdo semelhante ao apresentado ao BRASPEN JOURNAL. Caso os autores desejem inserir tabela, gráfico ou outro material publicado anteriormente, deverá ser anexada autorização assinada por representante legal da editora da Revista ou Livro em questão, permitindo a utilização pelo BRASPEN JOURNAL. Em se tratando de protocolo ou rotina de Hospital ou Instituição Acadêmica, documento equivalente autorizando a transcrição deverá ser providenciado.

Os autores são responsáveis pelo conteúdo e informações contidas em seus manuscritos. O BRASPEN JOURNAL rejeita com veemência o plágio e o autoplágio.

### **Pesquisa com Seres Humanos e Animais**

Os estudos envolvendo humanos e animais devem informar, no item Método, o nome da Comissão Ética Institucional que aprovou o protocolo (enviar declaração assinada que aprova a pesquisa), consoante à Declaração de Helsinki [World Medical Association (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>)] e da Resolução a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>), lembrando-se da necessidade de TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido para todos os participantes da pesquisa em duas vias assinadas e ficando uma com o participante e outra com o pesquisador. As pesquisas com prontuários ou banco de dados necessitam de autorização, por escrito, do responsável legal pelos documentos ou diretor clínico da Instituição).

Na experimentação com animais, os autores devem seguir o CIOMS (*Council for International Organization of Medical Sciences*) *Ethical Code for Animal Experimentation* (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA ([www.cobea.org.br](http://www.cobea.org.br)). O Corpo Editorial da Revista poderá recusar artigos que não cumpram rigorosamente os preceitos éticos da pesquisa, seja em humanos seja em animais. Os autores devem identificar precisamente todas as drogas e substâncias químicas usadas, incluindo os

nomes do princípio ativo, dosagens e formas de administração. Devem, também, evitar nomes comerciais ou de empresas.

Fotos de pacientes só poderão ser incluídas mediante nome, documento e assinatura do envolvido autorizando publicação, mesmo que os olhos estejam vendados ou o rosto desfocado.

### **Política para Registro de Ensaios Clínicos**

A Revista Brasileira de Nutrição Clínica, em apoio às políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto, somente aceitará para publicação artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, disponível no endereço: <http://clinicaltrials.gov> ou no site do PubMed ou registro na Plataforma Brasil ([www.saude.gov.br/plataformabrasil](http://www.saude.gov.br/plataformabrasil)). O número de identificação deve ser registrado ao final do resumo.

## **APÊNDICES**

### **APENDICE 1- QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

Qual seu nome?

---

Qual sua idade?

---

Sexo: ( ) F ( ) M

Etnia: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Negro

Qual seu estado conjugal ?

( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

Qual sua profissão?

---

Qual seu grau de escolaridade?

☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior

Qual sua renda mensal?

☐ Menos de 1 salário mínimo ☐ de 1 a 3 ☐ mais de 3

Você fuma?

☐ Sim ☐ Não

Você já fumou?

☐ Sim ☐ Não

Você bebe?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, com que frequência?

(Vigitel, 2015).

Dados antropométricos

Peso \_\_\_\_\_ kg Altura \_\_\_\_\_ CB \_\_\_\_\_ cm

IMC \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

DN: ☐ Magreza ☐ Eutrofia ☐ Sobrepeso ☐ Obesidade I ☐ Obesidade II ☐ Obesidade  
Classificação da CB: ☐ Desnutrição ☐ Eutrofia ☐ Sobrepeso ☐ Obesidade

## APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO-DNUTL

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o Sr.(a) para participar da Pesquisa: **Comparação das ferramentas de triagem e avaliação nutricional na detecção da desnutrição em pacientes hospitalizados** que objetiva comparar três métodos de triagem nutricional utilizados no Hospital Regional de Lagarto, dentre eles a Avaliação Subjetiva Global e *Nutritional Risk Screening* 2002 e Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Os participantes do estudo serão incluídos nas seguintes atividades: Avaliação antropométrica (aferição de peso, altura e circunferência do braço), entrevista sobre dados socioeconômicos e aplicação das triagens. Por se tratar de uma entrevista pode haver risco de constrangimento, mas a equipe é treinada e capacitada para evita-lo. O estudo vai permitir que o Sr (a) conheça o seu estado nutricional, com base nas medidas antropométricas e aplicação das triagens nutricionais. Essas informações serão armazenadas em um banco de dados e mantidos em **caráter confidencial e sigiloso**, onde os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada e o seu nome não aparecerá em nenhuma publicação. Se aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento de uma pesquisa no estado de Sergipe a qual pretende expandir o conhecimento sobre o tema e conduzir a uma possível melhora nos serviços de saúde do estado. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e como também não receberá nenhuma remuneração para a participação nesse estudo.

A sua participação é voluntária e o senhor (a) pode recusar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que essa atitude o prejudique. O Sr (a) tem direito de buscar mais informações sobre esse estudo, sinta-se à vontade para discutir qualquer aspecto referente ao mesmo com o pesquisador responsável Ticiane Clair Remacre Munareto Lima pelo telefone (79) 99944-5060 ou com a pesquisadora Flávia Fabrina Santos pelo telefone (79) 99898-3168.



**Li/leram para mim e compreendi esse termo de consentimento e todas as minhas dúvidas foram sanadas. Recebi explicações sobre o objetivo de pesquisa e os procedimentos do estudo a que serei submetido. Portanto, aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Eu recebi uma cópia deste consentimento.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

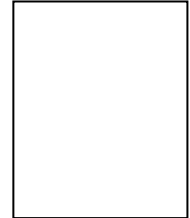
**NOME:**\_\_\_\_\_

**ASSINATURA:**\_\_\_\_\_

**Se o paciente não puder assinar – REPRESENTANTE:**

\_\_\_\_\_

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**\_\_\_\_\_



**Impressão Digital**